

TRABALHAR PARA ALÉM DOS LIMITES – UM CASO CLÍNICO

WORKING BEYOND LIMITS – A CLINICAL CASE

TIPO DE ARTIGO: Caso Clínico

Autores: Tribuzi A¹, Macedo I², Cunha C³, Carvalho S⁴.

RESUMO

Introdução

O *Burnout* resulta da exposição crónica ao *stress* laboral e caracteriza-se por redução da eficácia a nível profissional, sentimentos de falta de energia/exaustão e negatividade relacionados com a atividade laboral. Tem maior incidência em profissões de elevado contacto com pessoas e em prestadores de cuidados, tornando os médicos uma população vulnerável. O questionário *Maslach Burnout Inventory* é considerado *gold standard* para a medição desta patologia. Em 2014 foi descrita a prevenção quinquenária, que pretende evitar o dano para o paciente, atuando no médico através de estratégias que visem a diminuição do *Burnout*.

Caso Clínico

Descreve-se uma mulher de 29 anos, médica, no último ano da especialização em Medicina Geral e Familiar, que recorreu a consulta aberta por sensação de exaustão física e mental, sentimentos de desesperança, irritabilidade, insónia inicial e intermédia, com três meses de evolução e hiperfagia há dois meses. Solicitou certificado de incapacidade temporária para o trabalho, porque “já não aguento mais trabalhar. Preciso de dormir uma semana”. Aponta como principal etiologia o trabalho excessivo no Centro de Saúde, decorrente da exigência do internato médico. Sente-se pouco apoiada pelos colegas de equipa e orientador de formação e considera-se pressionada a gerir a agenda médica sem ter preparação para tal. Relata erros pontuais na prescrição médica, pelo que sente necessidade de rever várias vezes os registos efetuados e as atitudes tomadas. Nega ter sido convocada para qualquer consulta de Medicina do Trabalho desde que ingressou na especialidade. Ao exame objetivo, apresentava-se cabisbaixa, com humor deprimido, chorosa, inquieta e com contacto ocular fugaz. Aplicando o questionário atrás mencionado: Secção A – 34 pontos – nível elevado; Secção B – 28 pontos – nível elevado; Secção C – 25 pontos – nível elevado. Foi emitido o certificado de incapacidade temporária para o trabalho, solicitado estudo analítico e iniciada fluoxetina 20mg e trazodona 50mg, bem como psicoterapia.

¹ **Anita Tribuzi**

Mestrado Integrado em Medicina no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), concluído a 25/07/2018; Internato de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar na USF Longa Vida – Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, desde 01/01/2020. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Rua da Sobreira 12, 4650-299 Pedreira. E-MAIL: anita.tribuzi@hotmail.com. N.º ORCID: 0009-0008-4131-1506

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Investigação, redação e revisão

² **Inês Macedo**

Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar- USF Hygeia - ULS Tâmega e Sousa; Especialização pós-Universitária em Cuidados Paliativos pelo INSPSIC - Porto; Especialização pós-Universitária em Controlo da Dor pelo INSPSIC – Porto. 4610-156 Felgueiras. E-MAIL: inesmacedo7@gmail.com. N.º ORCID: 0009-0003-2528-306X

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Investigação, redação e revisão

³ **Catarina Cunha**

Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar na USF Hygeia, ULS Tâmega e Sousa. 4610-169 Lixa. E-MAIL: catarinadiniscunha@gmail.com. N.º ORCID: 0009-0008-4190-3261

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Investigação e revisão

⁴ **Salomé Carvalho**

Mestrado Integrado em Medicina no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), concluído a 05/07/2021; Internato de Formação Geral na Unidade Local de Saúde do Alto Minho em 2022; Internato de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar na USF Hygeia – Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, desde 01/01/202. 4615-676 Lixa. E-MAIL: salome.s.a.carvalho@gmail.com. N.º ORCID: 0009-0007-1472-536X

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Investigação e revisão



Até à data, a doente foi reavaliada em três consultas, foi excluída patologia orgânica e na última reavaliação apresentava os seguintes valores: Secção A– 20 pontos– nível moderado; Secção B– 5 pontos– nível baixo; Secção C– 39 pontos– nível moderado. Refere diminuição dos erros médicos. Manteve a medicação instituída, bem como a psicoterapia. Recusou o grupo Balint. Foi programada nova reavaliação em seis meses.

Discussão/Conclusão

Trata-se de uma doente, Médica Interna em Medicina Geral e Familiar com o diagnóstico de *Burnout*, que conseguiu melhorar substancialmente a sua qualidade de vida e satisfação no trabalho e vida pessoal, após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas e também após alterações a nível laboral e imposição de limites. Conseguiu diminuir a perceção de erro médico, melhorando assim os cuidados de saúde prestados aos utentes. O longo percurso de recuperação desta doença torna fulcral o acompanhamento destes utentes pela equipa de Medicina do Trabalho, e não só pelo Médico de Família e Psicólogo, visando melhorar a qualidade de vida e saúde dos profissionais no âmbito da sua atividade laboral.

Com este caso clínico pretende-se abordar e sensibilizar os profissionais para a prevenção do *Burnout*, em particular nos médicos internos, fomentando a prevenção quinquenária. De ressaltar que apenas profissionais realizados na sua esfera biopsicossocial conseguem proporcionar cuidados de qualidade e reduzir de forma importante o erro médico.

PALAVRAS-CHAVE: *Burnout*, Internato Médico, Cuidados de Saúde Primários, Doença Ocupacional, Medicina do Trabalho, Enfermagem do Trabalho.

ABSTRACT

Introduction

Burnout results from chronic exposure to work-related stress and it is characterized by a reduction in professional efficacy, feelings of lack of energy/exhaustion, and negativity related to work activities. It has a higher incidence in professions with significant interpersonal contact and among caregivers, making doctors a vulnerable population. The Maslach Burnout Inventory questionnaire is considered the gold standard for measuring this disease. In 2014, quinquennial prevention was described, aiming to prevent harm to patients through strategies that reduce Burnout in doctors.

Clinical Case

The case describes a 29-year-old woman, a physician in her final year of Residency in General and Family Medicine, who sought an urgent consultation due to feelings of physical and mental exhaustion, hopelessness, irritability, initial and middle insomnia, for the last three months, and hyperphagia, two months ago. She has requested a sick leave from work because “I can't stand working anymore. I need to sleep for a week”. She identified excessive workload at the Clinic, stemming from the demands of her medical residency, as the main cause. She feels unsupported by her colleagues and Training Supervisor and feels pressured to manage the medical agenda without adequate preparation. She reports occasional errors in prescriptions, leading her to feel the need to repeatedly review records and decisions she has made. She denies any appointment with her designated Work physician ever since she started her internship. Upon physical examination, she appeared slaughtered, with a depressed mood, tearful, restless, and with fleeting eye contact. Applying the Maslach Burnout Inventory: Section A– 34 points– high level; Section B– 28 points– high level; Section C– 25 points– high level. A work leave from work was issued, laboratory studies were requested, and fluoxetine 20 mg and trazodone 50 mg were initiated, along with psychotherapy.

So far, the patient has been re-evaluated in three consultations, with organic causes ruled out, and in the last re-evaluation, her scores were: Section A– 20 points– moderate level; Section B– 5 points– low level; Section C– 39 points– moderate level. She reports a decrease in medical errors. She maintained the prescribed medication and psychotherapy. She declined to join a Balint group. A new re-evaluation was scheduled in six months.

Discussion/Conclusion

This is a case of a General and Family Medicine Resident Physician, diagnosed with Burnout, who has managed to substantially improve her quality of life and job satisfaction, as well as her personal life, following the implementation of both pharmacological and non-pharmacological measures, along with workplace adjustments and the setting of boundaries. She has successfully reduced her perception of making medical errors, thereby improving the quality of healthcare provided to the patients. The long journey of recovery from Burnout makes the monitoring of this illness imperative not only by the patients Family Doctor and Psychologist, but also by the Occupational physician, targeting the improvement of the quality of life of the healthcare professionals in their occupational activity.

This clinical case's purpose is to address and raise awareness among professionals to the prevention of Burnout, particularly in Residents, promoting quinquennial prevention. It is important to note that only professionals who are fulfilled in their biopsychosocial sphere can provide quality care and significantly reduce medical errors.

KEY-WORDS: Burnout, Medical Internship, Primary Health Care, Occupational Disease, Occupational Medicine, Occupational Nursing.

INTRODUÇÃO

De acordo com a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS), o *Burnout* é uma síndrome que resulta de uma exposição crónica ao *stress* laboral e pode ser caracterizado atendendo a três dimensões: redução da eficácia a nível profissional; sentimentos de falta de energia ou exaustão e de negatividade ou cinismo relacionados com a atividade laboral. Assim, de acordo com a OMS, *este fenómeno* considera-se uma doença inteiramente de origem ocupacional (1).

Apesar de se tratar de um diagnóstico clínico, torna-se igualmente imperativo excluir causas que possam ser o motivo subjacente deste estado de exaustão, garantido um correto diagnóstico e possibilitando averiguar possíveis patologias associadas. Atualmente a evidência disponível também já permite estabelecer uma ligação entre a persistência de *Burnout* e insónia, doenças cardiovasculares, tendo também um papel em algumas doenças endócrino-metabólicas, como níveis aumentados de triglicéridos, lipoproteínas de baixa densidade, colesterol total e glicemia em jejum (1) (2).

O *Burnout* tem maior incidência em profissões de elevado contacto com pessoas e em prestadores de cuidados, o que torna os médicos numa população particularmente vulnerável a esta patologia (3). Esta doença está associada a menor produtividade, aumento do absentismo e invalidez, acidentes de trabalho, erros de desempenho e conseqüentemente insatisfação dos doentes (4).

Tratando-se de uma entidade reconhecida recentemente, ainda é difícil determinar com precisão a sua prevalência e incidência, já que os critérios de diagnóstico (previamente mencionados) não são inequívocos, deixando espaço para interpretação. Por outro lado, existe uma sobreposição em termos de sintomas entre o *Burnout* e o síndrome depressivo, levando a que este último seja mais facilmente assumido como diagnóstico (1) (5).

Apesar de não existir um consenso sobre como o *Burnout* deve ser medido, o questionário validado para Portugal e traduzido em português denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é um instrumento de 22 questões, é atualmente considerado o *gold standard* para medição desta patologia, abrangendo as suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Anexo 1) (6). Apesar de fornecer informações valiosas, esta escala tem como aspetos negativos a inexistência de um nível de *Burnout* que se correlacione com desfechos negativos e o facto dos resultados da avaliação das três esferas não se traduzirem em áreas alvo de intervenção (7).

Uma meta-análise de 170 estudos observacionais (n > 230.000 médicos) concluiu que os médicos com *Burnout* tinham uma probabilidade três vezes maior de estarem insatisfeitos com sua carreira (OR 3,8; IC 95% 3,2-4,4), arrependem-se da sua escolha profissional (OR 3,5; IC 95% 2,4-5,0) e ter pensamentos ou intenções de deixar o emprego (OR 3,1; IC 95% 2,3-4,2). Além disso, estes profissionais tinham duas vezes mais probabilidade de se envolverem em incidentes de segurança do paciente (OR 2,0; IC 95% 1,7-2,5), de terem baixo profissionalismo (OR 2,3; IC 95% 2,0-2,7) e de receberem baixas classificações de satisfação do paciente (OR 2,2; IC 95% 1,4-3,6) (8).

Uma peça-chave na atividade quotidiana do Médico de Família, além do tratamento da doença, prende-se com atividades preventivas. Existem cinco níveis “clássicos” de prevenção: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária. Em 2014 foi descrito pela primeira vez em Portugal o conceito de prevenção quinquenária (9). Este nível de prevenção pretende evitar o dano para o paciente, atuando no médico através de estratégias que visem a diminuição do *Burnout*.

Assim, torna-se fulcral a implementação de estratégias que visem a prevenção quinquenária. Segundo Santos JA, as estratégias de prevenção quinquenária podem dividir-se em quatro níveis, nomeadamente: a nível do médico/profissional de saúde, do paciente, do local de trabalho; e da administração/tutela/governamental (10). A nível do médico encaixam-se as intervenções que potenciem o bem-estar em todas as esferas da vida e promovam o autocuidado e autoconhecimento, nomeadamente estabelecer tempo para bons estilos de vida, como exercício físico, reflexão pessoal e outras atividades prazerosas para o próprio (10) (11). Aqui incluem-se também a frequência de grupos de Balint e o recurso a terapia cognitivo-comportamental (1) (11). No caso dos grupos de Balint, a maioria dos médicos reportou que, após frequência de uma sessão, aumentaram a satisfação no trabalho devido à redução do *stress* e suporte mútuo (10). Já no que toca à terapia cognitivo-comportamental, apesar de mais estudos serem necessários, esta tem demonstrado uma melhoria no comportamento em relação ao trabalho, melhoria geral no desempenho laboral e redução do *stress* mental (1).

A nível do paciente as estratégias passam por promover a autorresponsabilização nas decisões de saúde e em fomentar a consciência e valorização da relação médico-doente (10).

No local de trabalho é fundamental a existência de material e privacidade necessários para observação do paciente, equipamentos informáticos funcionais, programas informáticos com um suporte de registo intuitivo e instalações com locais onde os profissionais possam fazer as pausas. Importa ressaltar, também, a importância de estimular as boas relações interpares através de eventos direcionados para o *team building* e realização de reuniões onde os diferentes elementos tenham um ambiente confortável para partilha e exposição de preocupações (10).

A nível governamental passa pelo cumprimento de horas de pausa, evicção da sobrecarga laboral com limitação do número de horas extraordinárias e exequibilidade do número de consultas por hora, permitindo ao profissional tempo para o autocuidado e atender às suas necessidades básicas, assim como tempo para assegurar uma avaliação cuidada e responsável dos seus utentes, fomentando uma prestação de cuidados com maior qualidade (10).

O Médico do Trabalho desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento do *Burnout* entre profissionais médicos. Em termos preventivos, estes profissionais são capazes de identificar fatores de risco que contribuem para esta patologia, tais como a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio organizacional e a existência de conflitos interpessoais, podendo propor intervenções para os minimizar. Neste nível, podem, também, incentivar a implementação de programas de promoção de bem-estar físico e mental, tais como a criação de períodos de relaxamento, estratégias de gestão de *stress* e melhoria da ergonomia do local de trabalho. Esta especialidade pode, ainda, ter um papel ativo na deteção precoce do *Burnout*, através da pesquisa sistemática de sintomas típicos em todos os contactos com profissionais médicos. Dentro das suas funções, o Médico do Trabalho tem um papel fundamental no acompanhamento clínico de casos de *Burnout* diagnosticados, colaborando no acompanhamento do tratamento prescrito, gestão de sintomas e adaptações da carga horária dos profissionais, tendo, da mesma forma, uma capacidade privilegiada de atuação no que concerne à colaboração com a gestão organizacional, sendo capaz de promover mudanças estruturais redutoras de *stress* no ambiente laboral, formular e implementar políticas que priorizem a saúde mental dos profissionais, tais como garantir o descanso adequado dos colaboradores, proporcionar a flexibilidade de horários e acompanhamento psicológico regular (12).

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher, 29 anos, com mestrado em medicina, atualmente no último ano da especialização em Medicina Geral e Familiar (MGF). Apresenta antecedentes pessoais de rinite alérgica, excesso de peso e perturbação de ansiedade. Medicada diariamente com lorazepam 1 mg e etinilestradiol/gestodeno (0,02mg/0,075mg). Antecedentes familiares: mãe e pai com hipertensão arterial e excesso de peso.

Vive com os pais, relações intrafamiliares harmoniosas, solteira. Tem uma irmã de 34 anos com quem mantém boa relação. Tem bom apoio familiar.

Sem hábitos tabágicos, consumo pontual de bebidas alcoólicas, pratica exercício físico três a quatro vezes por semana, de intensidade moderada. Alimentação variada com ingestão de legumes e fruta diariamente, tem preferência por alimentos com pouca gordura e sal (consome fritos menos de uma vez por mês), sem restrições alimentares; desde há três meses com ingestão excessiva de alimentos açucarados no período noturno. Bebe cerca de dois litros de água por dia.

Recorre a consulta aberta no Centro de Saúde por queixas com três meses de evolução de exaustão física e mental, sentimentos de desesperança, irritabilidade, insónia inicial e intermédia e hiperfagia com ganho ponderal de dez quilogramas em dois meses. Solicita certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT) porque “já não aguento mais trabalhar. Preciso de dormir uma semana” - *sic*. Refere deitar-se pelas 23 horas, não tem televisão no quarto, mas usa telemóvel na cama. Já tentou realizar meditação, suplementos de melatonina e valeriana para dormir, sem sucesso. Estas queixas agravam-se após a jornada de trabalho, refere “não ter paciência para lidar com os doentes” (*sic*), já que a gestão das consultas agrava a exaustão emocional. É neste período noturno que concentra a ingestão excessiva de alimentos açucarados. Apresenta episódios de diarreia e vómitos durante picos de ansiedade no trabalho e em momentos em que é sujeita a avaliação. Faz muitas horas extraordinárias na unidade de colocação perfazendo uma média habitual de 50 horas de trabalho semanal.

Aponta como principal causador deste quadro o trabalho excessivo no Centro de Saúde decorrente da exigência do Internato de Formação Especializada. Os atrasos na hora das consultas causam-lhe grande frustração e ansiedade; adicionalmente os secretários clínicos solicitam-lhe muitos “favores” porque “sabem que não digo que não”- *sic*. Sente-se pouco apoiada pelos colegas de equipa e orientador de formação e considera-se pressionada a gerir a agenda médica de forma eficiente, sem ter preparação para tal.

Relata erros pontuais na prescrição médica, pelo que sente necessidade de rever várias vezes os registos efetuados e as atitudes tomadas. Assume que “não fiz mais erros porque ligava muitas vezes aos doentes no dia seguinte a alterar planos e a entregar receitas e exames que me esquecia no dia anterior” (*sic*), o que a preocupava muito e fazia descer da sua capacidade em ser Médica. Nega sintomas do foro cardiorrespiratório, como palpitações, dor ou opressão torácica ou dispneia. Nega queda de cabelo, calor ou frio excessivo ou tremores, bem como alterações visuais e cutâneas.

Quando questionada, nega agendamento de consultas de Medicina do Trabalho durante todo o internato médico e desconhece qual a sua acessibilidade para os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

Ao exame objetivo apresenta-se normotensa e normocárdica. Pele e mucosa sem alterações. Tireoide não palpável e sem adenopatias cervicais palpáveis. Auscultação cardiopulmonar, tal como abdómen, membros inferiores e exame neurológico sumário normal. Aspeto cuidado, discurso coerente. Contacto ocular fugaz, cabisbaixa; humor deprimido, chorosa aquando da exploração dos motivos da consulta, em constante movimento dos membros inferiores; mas sem ideação suicida. Aplicando o questionário MBI obtiveram-se os seguintes resultados: Secção A – 34 pontos – nível elevado; Secção B – 28 pontos – nível elevado; Secção C – 25 pontos – nível elevado.

Foi emitido CIT por sete dias, pedido estudo analítico alargado para exclusão de causas orgânicas, nomeadamente défices vitamínicos ou patologia endócrina (tiroideia, suprarrenal, hipotálamo-hipófise-gonadal), feitas recomendações de higiene do sono e sugeridas estratégias para evitar hiperfagia, bem como de gestão de consulta. Foi proposto o início de fluoxetina 20 mg/dia e trazodona 50 mg/dia, enquanto efetuou desmame de lorazepam, que a utente aceitou. Foi ainda proposta psicoterapia em âmbito dos Cuidados de Saúde Primários que a utente recusa. Tem preferência por psicoterapia em âmbito particular pela maior brevidade de resposta. Nega ter sido convocada a qualquer consulta de Medicina do Trabalho desde que ingressou na especialidade de MGF e desconhece qual a acessibilidade para os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Foi agendada consulta de reavaliação em quatro semanas.

Na primeira reavaliação, um mês depois, referiu melhoria parcial dos sintomas de ansiedade laboral desde que iniciou estratégias para melhor estruturação e gestão das consultas e menos episódios de hiperfagia noturnos. Sem insónia com o tratamento instituído. Iniciou psicoterapia a título particular e encontrava-se satisfeita. O estudo analítico encontrava-se sem alterações e foi programada nova reavaliação em quatro semanas.

Na segunda reavaliação, referiu melhoria do humor e dizia-se mais esperançosa com a carreira de futura Médica de Família, apesar de manter elevada sobrecarga e pressão laboral. Alegou diminuição dos erros cometidos e maior satisfação com o trabalho, tendo reduzido significativamente o número de horas extraordinárias realizadas para cerca de uma a duas horas por semana, após conversa com a equipa de trabalho na Unidade de Saúde Familiar. Mantém psicoterapia, referindo grande satisfação e reconheceu a importância de manter seguimento. Recusou grupo Balint por não se sentir confortável na partilha das suas experiências. Aplicado novamente o questionário MBI, foram obtidas as quantificações aqui registadas: Secção A – 26 pontos – nível moderado; Secção B – 9 pontos – nível moderado; Secção C – 29 pontos – nível moderado. Foi programada nova reavaliação em três meses.

Na terceira reavaliação, cerca de seis meses após a primeira consulta, manteve melhoria do humor e das relações interpessoais na esfera pessoal e laboral. Manteve o número de horas extraordinárias semanais e uma sessão semanal de psicoterapia. Motivada pelo pouco tempo em falta para o término do Internato Médico e referiu encontrar-se confiante para enfrentar essa fase de desafio. Demonstra-se sorridente e com bom contacto ocular durante a consulta. Aplicado o questionário MBI, resultaram os resultados aqui inseridos: Secção A – 20 pontos – nível moderado; Secção B – 5 pontos – nível baixo; Secção C – 39 pontos – nível moderado. Foi programada nova reavaliação para seis meses.

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde, onde se incluem os médicos, são um grupo particularmente vulnerável a desenvolver *Burnout* (3). No caso dos Médicos de Família, além do trabalho excessivo provocado pelas listas de utentes no limite máximo, pelos blocos de consulta demasiado curtos (com o objetivo de aumentar a acessibilidade), acresce o excesso de trabalho burocrático, a inadequação, inoperabilidade e falha frequente de muitos sistemas informáticos. A somar a estes fatores ainda se pode incluir a execução de outras atividades que não estão incluídas na carteira básica de serviços e que “obrigam” o médico a trabalhar horas extraordinárias, feriados e fins-de-semana, deixando cada vez menos tempo para o bem-estar e autocuidado. Por outro lado, alguns destes profissionais podem ter traços de personalidade que propiciam o aparecimento desta patologia, como o perfeccionismo (11).

Neste caso apresentado, a doente é médica interna de último ano da especialidade, o que o torna particularmente interessante. O internato em Medicina Geral e Familiar tem um elevado nível de exigência, não só pelo facto de existir um grande número de internos, o que inevitavelmente aumenta a competitividade interpares, mas também porque o que é esperado de um interno de MGF em fase final de Internato Médico é rigoroso: além de vários trabalhos e premiações dos mesmos, assume-se que o interno deva executar tarefas de gestão na unidade de colocação, faça várias atividades da carteira adicional de serviços, além de realizar grande parte das consultas presenciais e não presenciais. Estas últimas englobam a renovação de receituário, observação e interpretação de meios complementares de diagnóstico prescritos ao utente, realização de relatórios médicos, referenciações hospitalares solicitadas por colegas de outras especialidades a quem os utentes recorrem a nível particular, a receção e leitura de cartas de outros médicos, sejam notas de alta do internamento ou da consulta Hospitalar, com a conseqüente orientação e reavaliação posteriores, entre outros. De referir que todas estas tarefas descritas são, muitas vezes, realizadas fora do horário do médico dada a indisponibilidade de agendamento dentro do horário de trabalho, uma vez que, de forma a melhorar a acessibilidade aos utentes, a agenda encontra-se maioritariamente preenchida com consultas presenciais. Este fator conjugado com a inexperiência dos médicos internos na gestão de tempo de consulta, e o número crescente de doentes complexos (doentes com três ou mais problemas crónicos de saúde de diferente natureza, sendo pelo menos um deles de saúde mental e outro de natureza social, ou com mais do que um internamento hospitalar no último ano) que integram as listas de utentes levam a que os atrasos sejam frequentes e o tempo destinado a estas consultas não presenciais seja ainda mais escasso (13) (14). Deve ainda ser referido que se encontra preconizado para todos os internos desta especialidade a existência de oito horas semanais para atividades não clínicas, ou seja, o interno, em conjunto com o orientador de formação, devem planear o uso deste tempo para aquilo que for de maior utilidade ao interno, seja estudo, realização de trabalhos ou outras atividades. Porém, devido à exigência do último ano da especialidade e ao objetivo curricular de 1500 consultas que o interno tem de realizar num ano, estas horas acabam por ser utilizadas na realização de consultas médicas, pelo que a maior parte dos trabalhos, quer para a unidade de colocação quer para fins curriculares, e mesmo as horas de estudo, acabam por ser feitos no domicílio, em horário pós-laboral e, portanto, são horas de trabalho extraordinárias não remuneradas.

Neste caso, além da carga horária excessiva e da delegação de responsabilidades com as quais a interna não se sentia confortável, demonstra-se também um local de trabalho disfuncional, com a equipa a solicitar mais consultas ("favores"), somando ainda a falta de apoio dos colegas de profissão.

No que toca ao Internato Médico seria fulcral reduzir a competitividade interpares e fomentar uma relação segura com orientadores de formação, de forma a tornar racional a carga de trabalho, tendo como objetivo final a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências dentro daquele que é o horário laboral vigente em Portugal. Associadamente, seria também importante uma formação sobre gestão de tempo para que toda a equipa de saúde faça uma gestão mais eficaz do mesmo, aumentando a satisfação no local de trabalho. A reformulação da grelha curricular de forma a torná-la mais liberal no que toca às preferências individuais também seria essencial; para que os internos pudessem expressar e investir nas áreas em que têm maior interesse e aptidão e não se sentissem compelidos a fazer várias tarefas e trabalhos em simultâneo apenas para cumprir os elementos avaliativos da grelha curricular. Desta forma, além de reduzir a comparação e competitividade entre internos, seria possível formar médicos especialistas que desenvolvem e investem em áreas de interesse, traduzindo-se numa maior satisfação individual, em cuidados mais diferenciados, personalizados e conseqüentemente num melhor desempenho.

Um acompanhamento mais próximo e sistemático da parte da Medicina do Trabalho deveria ter sido considerado; o qual poderia ter desempenhado um papel ativo na deteção precoce, implementação de medidas para gestão e minimização do *Burnout* e acompanhamento clínico da doente.

Uma ampla base de evidências na pesquisa de saúde ocupacional detalhou várias características adversas encontradas em ambientes de trabalho clínicos. Cargas de trabalho excessivas e, em particular, a intensidade de trabalho têm mostrado aumentar a fadiga dos médicos e diminuir tanto a motivação quanto o compromisso laboral. O *Burnout* torna-se assim o resultado provável de médicos que lidam com uma carga de trabalho excessivamente alta causada quer pela ausência de pessoal, quer pelo apoio inadequado e liderança deficiente, combinada com desequilíbrios entre esforço e recompensa, e questionamentos morais decorrentes da incapacidade de fornecer padrões adequados de atendimento, podendo comprometer os cuidados de saúde prestados (14).

CONCLUSÃO

Relatou-se um caso de uma médica interna em MGF com o diagnóstico de *Burnout*, que conseguiu melhorar substancialmente a sua qualidade de vida e satisfação no trabalho e vida pessoal, após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas e também após alterações a nível laboral e imposição de limites. Conseguiu diminuir a perceção de erro médico, melhorando assim os cuidados de saúde prestados aos utentes. O longo percurso de recuperação do *Burnout* torna fulcral o acompanhamento multidisciplinar destes doentes, devendo existir um papel ativo por parte do Médico do Trabalho e não só do Médico de Família e Psicólogo, visando melhorar a qualidade de vida e saúde dos profissionais, no âmbito da sua atividade laboral.

Com este relato de caso pretende-se abordar e sensibilizar os profissionais para a prevenção do *Burnout* na comunidade médica, em particular nos médicos internos, fomentando a prevenção quinquenária.

O bem-estar psíquico dos médicos é vital para a execução das suas funções e funcionamento seguro do sistema de saúde. Sendo os médicos internos uns dos pilares que sustentam o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde português, várias estratégias devem ser adotadas quer pelas instituições onde exercem funções, quer a nível governamental para prevenção do *Burnout*. Apenas profissionais realizados na sua esfera biopsicossocial conseguem proporcionar cuidados de qualidade e reduzir de forma importante o erro médico, seguindo assim o princípio bioético da não-maleficência, vertido na máxima "*primum non nocere*".

CONFLITOS DE INTERESSE, QUESTÕES ÉTICAS E/OU LEGAIS

Nada a declarar.

AGRADECIMENTOS

Nada a declarar.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Khammissa R, Nemitandani S, Feller G, Lemmer J, Feller L. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *Journal of International Medical Research*. 2022; 50(9): 1-13. DOI: 10.1177/03000605221106428.

- 2- Toker S, Melamed S, Berliner S, Zeltser D, Shapira I. Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees. *Psychosomatic Medicine*. 2012; 74: 840–847. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31826c3174.
- 3- Johnson J, Hall L, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018; 27: 20–32. DOI: 10.1111/inm.12416.
- 4- Stuijtzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin C, Jaques C, Elmers J et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1230. DOI: 10.1186/s12889-020-09322-z.
- 5- Schwenk T, Gold K. Physician burnout—A serious symptom, but of what? *The Journal of the American Medical Association*. 2018; 320: 1109–1110. DOI: 10.1001/jama.2018.11703.
- 6- Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52(1): 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- 7- Williamson K, Lank P, Cheema N, Hartman N, Lovell E. Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *Journal of Graduate Medical Education*. 2018; 10(5): 532-536. DOI: 10.4300/JGME-D-18-00155.1.
- 8- Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis [Internet]. *UptoDate*; 2022 [atualizado em 2022 set. 26; citado em 2024 jun. 14]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=professional%20burnout&source=search_result#H3329928558.
- 9- Santos J. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2014; 30: 152-154. DOI: 10.32385/rpmgf.v30i3.11358.
- 10- Santos J. Resgate das relações abusivas em que nos encontramos: uma questão de prevenção quinquenária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019;14(41): 1847. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1847.
- 11- Loureiro I. A Importância da Prevenção Quinquenária: Uma Reflexão Crítica. *Gazeta Médica*. 2023; 10: 138-141. DOI: 10.29315/gm.v1i1.743.
- 12- Dias E, Chiavegatto C, Oliveira R, Bandini M. Competências essenciais requeridas para o exercício da Medicina do Trabalho. [Internet]. 2018 [atualizado em 2018; citado em 2024 set. 1]. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2018/09/Compet%C3%AAs-Ancias-Essenciais-Requeridas-para-o-Exerc%C3%ADcio-da-Medicina-do-Trabalho-Atualiza%C3%A7%C3%A3o-2018_PORTUGUES.pdf.
- 13- Colégio de Medicina Geral e Familiar. Requisitos para obtenção de Idoneidade Formativa. Regulamento nº 628/2016. Regulamento geral dos colégios de especialidades e de competências e das secções de subespecialidades [Internet]; 2019 [atualizado em 2019 ago. 01; citado em 2024 jun. 14]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2019/05/CIF-MGF-2019.08.01.pdf>.
- 14- Weigle M. Physician burnout undermines safe healthcare. *The British Medical Journal*. 2022; 378: 1-1. DOI: 10.1136/bmj.o2157.

Anexo 1 – Questionário *Maslach Burnout Inventory* *

Burnout Self-Test Maslach Burnout Inventory (MBI)

The Maslach Burnout Inventory (MBI) is the most commonly used tool to self-assess whether you might be at risk of burnout. To determine the risk of burnout, the MBI explores three components: exhaustion, depersonalization and personal achievement. While this tool may be useful, it must not be used as a scientific diagnostic technique, regardless of the results. The objective is simply to make you aware that anyone may be at risk of burnout.

For each question, indicate the score that corresponds to your response. Add up your score for each section and compare your results with the scoring results interpretation at the bottom of this document.

Questions	Never	A few times per year	Once a month	A few times per month	Once a week	A few times per week	Every day
SECTION A	0	1	2	3	4	5	6
I feel emotionally drained by my work.							
Working with people all day long requires a great deal of effort.							
I feel like my work is breaking me down.							
I feel frustrated by my work.							
I feel I work too hard at my job.							
It stresses me too much to work in direct contact with people.							
I feel like I'm at the end of my rope.							
Total score – SECTION A							

Questions	Never	A few times per year	Once a month	A few times per month	Once a week	A few times per week	Every day
SECTION B	0	1	2	3	4	5	6
I feel I look after certain patients/clients impersonally, as if they are objects.							
I feel tired when I get up in the morning and have to face another day at work.							
I have the impression that my patients/clients make me responsible for some of their problems.							
I am at the end of my patience at the end of my work day.							
I really don't care about what happens to some of my patients/clients.							
I have become more insensitive to people since I've been working.							
I'm afraid that this job is making me uncaring.							
Total score – SECTION B							

Questions	Never	A few times per year	Once a month	A few times per month	Once a week	A few times per week	Every day
SECTION C	0	1	2	3	4	5	6
I accomplish many worthwhile things in this job.							
I feel full of energy.							
I am easily able to understand what my patients/clients feel.							
I look after my patients'/clients' problems very effectively.							
In my work, I handle emotional problems very calmly.							
Through my work, I feel that I have a positive influence on people.							
I am easily able to create a relaxed atmosphere with my patients/clients.							
I feel refreshed when I have been close to my patients/clients at work.							
Total score – SECTION C							

SCORING RESULTS - INTERPRETATION

Section A: Burnout

Burnout (or depressive anxiety syndrome): Testifies to fatigue at the very idea of work, chronic fatigue, trouble sleeping, physical problems. For the MBI, as well as for most authors, "exhaustion would be the key component of the syndrome." Unlike depression, the problems disappear outside work.

- Total 17 or less: Low-level burnout
- Total between 18 and 29 inclusive: Moderate burnout
- Total over 30: High-level burnout

Section B: Depersonalization

"Depersonalization" (or loss of empathy): Rather a "dehumanization" in interpersonal relations. The notion of detachment is excessive, leading to cynicism with negative attitudes with regard to patients or colleagues, feeling of guilt, avoidance of social contacts and withdrawing into oneself. The professional blocks the empathy he can show to his patients and/or colleagues.

- Total 5 or less: Low-level burnout
- Total between 6 and 11 inclusive: Moderate burnout
- Total of 12 and greater: High-level burnout

Section C: Personal Achievement

The reduction of personal achievement: The individual assesses himself negatively, feels he is unable to move the situation forward. This component represents the demotivating effects of a difficult, repetitive situation leading to failure despite efforts. The person begins to doubt his genuine abilities to accomplish things. This aspect is a consequence of the first two.

- Total 33 or less: High-level burnout
- Total between 34 and 39 inclusive: Moderate burnout
- Total greater than 40: Low-level burnout

A high score in the first two sections and a low score in the last section may indicate burnout.

* Versão original da escala. Versão portuguesa não passível de publicação por detenção de direitos de autor.

Data de receção: 2024/08/24

Data de aceitação: 2024/09/14

